

Résultats éloignés de l'Extirpation du Rectum Cancéreux chez la Femme

Après Hystérectomie Abdominale totale

Rappel de technique opératoire (Méthode TIXIER)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston RICHARD

Médecin Aide-Major de 2^e classe — Né à Nancy le 16 Mars 1893

MEMBRES DU JURY.....	{	TIXIER, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		VILLARD,		
		TAVERNIER,		
		MURARD.		

TOULOUSE

IMPRIMERIE P. JULIA

2, Rue Temponières, 2

—
1920

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE L'
EXTIRPATION DU RECTUM CANCÉREUX
CHEZ LA FEMME

Après Hystérectomie Abdominale totale
Rappel de technique opératoire (Méthode TIXIER)

Résultats éloignés de l'Extirpation du Rectum Cancéreux chez la Femme

Après Hystérectomie Abdominale totale

Rappel de technique opératoire (Méthode TIXIER)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston RICHARD

Médecin Aide-Major de 2^e classe — Né à Nancy le 15 Mars 1893

N. UNIV
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

MEMBRES DU JURY.....	{	TIXIER, <i>Président.</i>	}	<i>Assesseurs.</i>
		VILLARD,		
		TAVERNIER,		
		MURARD.		

TOULOUSE

IMPRIMERIE P. JULIA

2, Rue Temponières, 2

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER,
CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, POLOSSON (M)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER ROQUE BARD
Cliniques chirurgicales		TIXIER BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	{	FABRE
Clinique ophtalmologique		ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique		LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants		WEILL
Clinique des maladies des femmes		POLLOSSON (A.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		LANNOIS
Clinique des maladies des voies urinaires		ROCHET
Clinique chirurgicale des maladies des enfants ..		NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radio-logie et Physiothé- rapie		CLUZET
Chimie biologique		HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie		MOREL
Matière médicale et Botanique		MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		GUIART
Anatomie		LATARJET
Anatomie générale et Histologie		POLICARD
Physiologie		DOYON
Pathologie interne		COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales		MOURIQUAND
Anatomie pathologique		PAVIOI
Médecine opératoire		VILLARD
Médecine expérimentale et comparée		ARLOING (F.)
Médecine légale		ETIENNE MARTIN
Hygiène		COURMONT (P.)
Thérapeutique		PIC
Pharmacologie		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.
BARRAL	SAVY	ROCHAIX
COMMANDEUR	FROMENT	CORDIER
NOGIER	THEVENOT (Lucien)	ROUBIER
BRETIN	PIERY	FAVRE
LERICHE	COTTE	MURARD
THEVENOT (Léon)	DUROUX	BONNET
TAVERNIER	HOVELACQUE	GRAVIER, chargé des fonctions.
CADE	TRILLAT	
GUILLEMARD	FLORENCE	
GARIN	SARVONAT	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, Président; VILLARD, TAVERNIER, MURARD, Assesseurs

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la mémoire de ma chère Grand' Mère.

A mon Grand' Père.

A mon Père et à ma Mère

Faible témoignage de ma profonde
affection.

A la mémoire de mon Frère Robert

A mon Frère Jean

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Louis Tixier

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'HOTEL-DIEU
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Pour le très grand honneur qu'il nous a fait en nous donnant le sujet de notre thèse et en acceptant la présidence, pour les conseils éclairés qu'il nous a prodigués avec un accueil toujours aimable, qu'il daigne agréer l'hommage de notre admiration et de notre vive gratitude.

A Monsieur le Docteur Albertin

CHIRURGIEN DES HOPITAUX
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A Monsieur le Docteur Bonnet

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A été pour nous au cours de ce travail un guide sûr et bienveillant. Nous le prions d'accepter toute notre reconnaissance.

A mes Juges

A mes Maîtres et à mes Chefs

INTRODUCTION

Devant l'échec du traitement médical du cancer du rectum la chirurgie a entrepris la lutte avec succès et aujourd'hui le traitement opératoire est le seul capable d'améliorer l'état des malades et souvent de les guérir soit pour un temps, soit définitivement.

C'est seulement depuis moins d'un siècle que l'on traite chirurgicalement les cancers du rectum. Les méthodes employées n'ont pas toujours, malheureusement, été couronnées de succès, néanmoins les progrès se firent vite, grâce à une connaissance plus approfondie de l'anatomie, grâce à des techniques appropriées qui toutes tendaient vers un seul but : donner un jour plus considérable sur le champ opératoire, permettant une exploration complète de la tumeur et des territoires ganglionnaires, une exérèse large de la tumeur et des tissus envahis, une hémostase soignée, réduisant ainsi au minimum les chances de récurrence; les résultats ont été en s'améliorant.

A l'heure actuelle, les avantages opératoires donnés par la voie combinée et particulièrement par la voie abdomino-périnéale qui permet le mieux de voir d'enlever et de réparer (thèse Chalié, Lyon 1905, Mou-

dor, Paris 1914), l'ont fait accepter par tous les auteurs français.

Malgré le jour considérable donné par cette voie, chez la femme, il reste un organe qui est une gêne continuelle au cours de l'opération pour la main et la vue de l'opérateur, ce sont l'utérus et ses annexes.

Leur ablation totale en plus des grands avantages que nous décrirons au cours de ce travail, donne une facilité opératoire énorme de sorte que l'ablation des cancers haut situés et des plus volumineux peut-être tentée grâce à ce temps préliminaire.

Ce procédé opératoire employé quelquefois par nécessité (affection de l'arbre utéro-ovarien; envahissement néoplasique de ces organes), n'a été érigé en méthode nette qu'en 1905 par M. le Professeur Tixier qui depuis, s'en est fait en quelque sorte le champion à Lyon, au Congrès de Chirurgie de Paris (1907) et de Bruxelles (1908).

La plupart des grands chirurgiens actuels se sont rendus compte des facilités données à l'opération par ce premier temps, et aujourd'hui l'hystérectomie totale est pratiquée couramment dans les amputations abdomino-périnéales de rectum cancéreux.

Grâce à l'obligeance de M. Tixier qui a bien voulu nous confier les observations des 13 cas de cancer du rectum traités par lui avec sa méthode, nous nous sommes proposés dans cette thèse d'en étudier les résultats éloignés.

CHAPITRE I

Sur quelles notions générales de thérapeutique chirurgicale est basée la pratique systématique (méthode de M. Tixier) de l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement du cancer du rectum.

En chirurgie abdominale et spécialement en gynécologie un des progrès les plus manifestés qui ait été réalisé durant ces vingt dernières années est l'exécution systématique de la *péritonisation* de la région opérée. C'est le meilleur procédé de défense et de protection de la cavité abdominale. Elle limite les réactions inflammatoires quand celles-ci existent antérieurement à l'acte opératoire ou peuvent être causées par les manœuvres abdominales. Elle permet de supprimer tout drainage intra-péritonéal en le réduisant si nécessaire à un drainage sous-séreux extra-péritonéal.

En juillet 1900, dans la *Revue de Chirurgie* Quénu disait c'est :

La péritonisation de toutes les surfaces cruentées doit, à l'heure présente être considérée comme un principe fondamental de la chirurgie abdominale

Aucun pédicule ne doit autant que possible faire saillie dans la cavité cœlomique, aucune surface suintante, dénudée ou charnue, ne devait être abandonnée par l'opérateur. Rétablir la continuité absolue de la couverture séreuse, voilà le vrai moyen d'obtenir les plus bénignes suites opératoires.

Systématiquement, notre maître M. Tixier s'est efforcé de réaliser cette péritonisation devenue classique en chirurgie gynécologique dans l'exécution des opérations les plus diverses sur les organes abdominaux. C'est ainsi que dès 1903, il décrivait un procédé personnel de cholécystectomie sous-séreuse et qu'il en faisait ressortir les différents avantages, puis en 1908 (Thèse de Shangel, Lyon 1908) préconisait l'exécution toute entière sous-séreuse de l'opération de Kehr.

La chirurgie large du rectum et spécialement l'amputation abdomino-périnéale (Quenu et Hartmann) du rectum cancéreux rend souvent malaisée la péritonisation minutieuse de la cavité pelvienne. Spécialement chez l'homme où au fond d'un bassin en entonnoir le péritoine est fixé intimement aux côtés du pelvis et fait corps en avant avec la vessie, organe de volume sans cesse différent, il est très difficile au chirurgien de recouvrir la large brèche créée par l'amputation abdomino-périnéale d'un revêtement séreux continu. C'est une des causes de la gravité toujours considérable de cette opération chez l'homme.

Mais chez la femme, même après l'ablation d'une énorme tumeur cancéreuse rectale, il est toujours possible de rétablir une péritonisation minutieuse absolument continue du pelvis à condition de pratiquer

une *hystérectomie abdominale totale préalable de l'utérus sain*.

C'est de cette considération fondamentale qu'est née la *méthode personnelle, originale du Professeur Tixier*.

Il l'a exécutée la première fois le 13 juillet 1905 (Obs. I), et n'a cessé depuis, dans de nombreuses publications d'attirer l'attention du chirurgien sur les avantages de cette méthode : facilités d'exécution de l'ablation des plus gros cancers, sécurité pour les suites opératoires, possibilité dans les cas de cancers limités de pratiquer une entérectomie avec conservation du sphincter.

En effet, à l'abri du grand lambeau péritonéal antérieur que donne l'hystérectomie abdominale totale, le chirurgien peut exécuter en sécurité deux opérations très différentes s'adressant à deux formes cliniques de cancer du rectum.

a) Le cancer *volumineux* très étendu, descendant très près du sphincter doit être enlevé avec l'appareil sphinctérien.

La malade sera condamnée à l'anus iliaque définitif colique gauche terminal. C'est l'amputation abdomino-périnéale. A la fin de l'opération, on rabat en arrière le grand lambeau péritonéal antérieur fourni par l'hystérectomie totale, et on établit un **couvercle** protecteur de la large brèche pelvienne inférieure. La péritonisation est parfaite et après fermeture de l'incision de la laparotomie, il suffit d'un drainage sous-péritonéal inférieur par le vagin largement ouvert et fendu en arrière et par la brèche péricervicale pour

permettre un écoulement facile des sécrétions pathologiques toujours abondantes.

b) Le cancer est *limité* rappelant le cancer en virole de l'S iliaque, il est rectal, mais laisse quelques centimètres de la région sphinctérienne anale indemne. Quel dommage de ne pas pouvoir exécuter là-bas au fond du pelvis une entérectomie suivie d'entérorraphie, c'est-à-dire de rétablir la circulation intestinale et de sauvegarder la fonction physiologique sphinctérienne.

Grâce à l'hystérectomie abdominale totale préalable, cette opération devient exécutable, réalisable sans exposer la malade à des accidents infectieux péritonéaux (première opération le 15 juin 1907, Obs. XII).

A la fin de l'opération le grand lambeau péritonéal antérieur est soigneusement cousu au péritoine pelvien postérieur, au gros intestin abaissé, exactement *au-dessus du siège de l'entérorrhaphie*.

Ainsi cette enthérorrhaphie rendue si difficilement étanche par suite de diverses conditions anatomiques que nous ne voulons pas énumérer ici est extériorisée de la grande cavité péritonéale. Si une fistule stercorale s'établit, les produits septiques trouveront un écoulement tout naturel par le vagin laissé largement béant après l'hystérectomie abdominale totale, et il n'y aura aucune crainte de péritonite.

En résumé, les qualités considérables de cette pratique chirurgicale sont :

1° Facilité et sécurité pour les grosses amputations abdomino-périnéales;

2° Facilité, sécurité et possibilité d'exécuter une entérectomie avec entérorrhaphie circulaire con-

servant la fonction sphinctérienne pour les petites tumeurs.

Ce sont là les caractéristiques de la méthode du Professeur Tixier.

Bien secondaires sont les discussions sur la marche à suivre dans l'exécution des divers temps opératoires, sur les avantages de l'ablation en bloc de l'utérus et du rectum, sur la nécessité de fendre ou de réséquer la paroi vaginale postérieure, etc.

L'idée originale est l'ablation systématique par l'hystérectomie abdominale totale de l'utérus sain.

Cette idée et son exécution appartiennent au professeur Louis Tixier.

CHAPITRE II

Indications qui ont amené M. Tixier à pratiquer
l'hystérectomie abdominale totale dans
l'exérèse abdomino-périnéale du néoplasme
rectal.

Il nous paraît inutile de faire un historique détaillé des diverses méthodes employées par la chirurgie dans la lutte contre le néoplasme rectal.

Qu'il nous suffise de dire que : ne pouvant extirper toutes les tumeurs par la voie périnéale seule, même avec résection du coccyx (Vernueil et Kocher) et d'une partie du sacrum (Kraske), voulant avoir un jour plus considérable sur la tumeur les chirurgiens plus habiles, s'enhardirent et eurent recours à la voie combinée. Si l'idée en vint de Volkmann, c'est à Gaudier, Chalot et Quenu, 1895, que nous devons le manuel opératoire définitif.

Nous ne parlerons ici que de la *voie abdomino-périnéale* puisque c'est elle qui avait été employée et adoptée par M. Tixier dès les premières années de notre siècle. On peut dire maintenant que c'est la méthode de choix et le seul fait qu'elle a rallié à

elle tous les grands chirurgiens de l'époque prouve bien sa supériorité.

Il nous faut admettre cependant que pour les cancers ayant envahi le sphincter anal ou l'avoisinant la voie périnéale est très recommandable et peut suffire.

Mais dès que la tumeur se trouve dans le haut rectum alors que les signes physiques donnent souvent de bien maigres renseignements sur sa situation exacte, sur sa grosseur et ses adhérences, alors qu'on ignore tout de l'état des ganglions et du péritoine, comment traiter convenablement une tumeur sur laquelle on sait si peu. Evidemment la voie périnéale ne peut résoudre la question.

Combien de fois en effet, le chirurgien se servant de cette méthode a-t-il dû renoncer à tout enlever de la lésion qu'il sentait trop haut. Combien de fois, s'est-il égaré dans la cavité abdominale et dans les anses intestinales adhérentes. Avec quelles difficultés, il accédait aux ganglions du rectum, ceux qu'envahissent les cellules néoplasiques étant toujours très haut situés, franchement abdominaux (Ockinczic). Et ce n'est qu'à la fin de l'opération alors que la malade avait perdu une quantité notable de sang si utile à ces pauvres anémiées qu'il liait l'hémorroïdale supérieure l'artère nourricière du rectum.

La voie périnéale est de ce fait une opération sinon aveugle en tout cas peu anatomique.

L'incision abdominale est donc nécessaire, car elle seule permet de se rendre un compte exact de la situation de la tumeur et de sa grosseur.

On pourra dès lors, voir et sentir si le néoplasme

a contracté ou non des adhérences avec les tissus péri-rectaux et les organes voisins.

On pourra juger de l'état du péritoine qui si souvent est lésé, soit que des adhérences inflammatoires ou néoplasiques aient envahi le Douglas où peuvent être également fixées des anses intestinales grêles.

Elle permettra donc de juger de l'opérabilité du cancer et s'il est opérable du mode opératoire qui sera employé, l'amputation ou la résection (Tixier).

Au cours de l'opération, il sera facile de faire la *ligature haute* et la section de l'artère hémorroïdale supérieure au premier temps, c'est elle qui porte les *ganglions vulnérables* qui pourront être enlevés d'une façon complète et *contrôlable*.

Par le décollement de la tumeur, après incision du méso (Duval) on trouvera facilement le plan de clivage donné par la réflexion des feuilletts du péritoine, alors que ce n'est que par un heureux hasard qu'on le trouve par la voie périnéale (Quenu).

Malgré tous ces grands avantages, les difficultés opératoires sont grandes, c'est l'opération la plus difficile que j'ai pratiquée a dit Korte.

Si, chez la femme, par suite de la largeur du bassin l'opération est plus facile que chez l'homme, il est encore un moyen de la rendre plus facile grâce à l'hystérectomie totale préalable.

En effet, dans beaucoup de compte rendus d'ablation de néoplasme du rectum opérés par la voie abdomino-périnéale, on est frappé par l'aveu d'un grand nombre de chirurgiens de la gêne produite au cours de l'intervention par l'utérus et ses annexes et du regret souvent exprimé de n'avoir pas enlevé ces organes, des récidives s'y étant produites par la suite.

Du fait de son interposition immédiate au devant du rectum l'utérus souvent fibromateux, hypertrophié, et prolabé dans le Douglas chez les vieilles femmes est un élément de gêne continuelle au cours d'une intervention rendue déjà très pénible par la profondeur à laquelle on opère.

Bien que pouvant être récliné légèrement, il gêne considérablement la vue, mais surtout les manœuvres de décollement et d'extraction qui doivent être faites d'une façon si minutieuse quand on opère sur une masse cancéreuse dont le plus petit bourgeon laissé peut réduire à néant tout le succès de l'opération.

En même temps que l'utérus et ses annexes sont dans la main du chirurgien, tous ces inconvénients tombent d'eux-mêmes; l'opération devient lumineuse.

Du reste, qu'importe le sacrifice de cet organe. Dans la majorité des cas, on a affaire, en effet, à des femmes ayant dépassé la ménopause dont les organes génitaux internes n'ont plus aucune utilité, pouvant au contraire être nuisibles, étant susceptibles d'être le siège, soit d'une récurrence toujours possible, soit d'une autre affection moins grave mais nécessitant toutefois une nouvelle intervention.

Et même chez une femme relativement jeune, nous ne savons pas jusqu'à quel point il n'est pas un devoir d'enlever l'organe de la reproduction. Que deviendrait une grossesse chez une femme ayant subi les mutilations que comporte l'ablation d'un rectum cancéreux; porteur d'un anus iliaque définitif ou d'une entérorrhaphie circulaire bout à bout.

Quels troubles produiraient la période de travail et l'accouchement?

Il n'y a donc aucun inconvénient à pratiquer l'hystérectomie. Les avantages et les facilités opératoires qu'elle donne frappèrent M. Tixier et dès lors (1905) il se décida à enlever l'utérus et ses annexes même sains chaque fois qu'il fit une exérèse de rectum cancéreux chez une femme.

Il en décrivit la méthode en 1905 à la Société de Chirurgie de Lyon, au Congrès de Chirurgie de Paris en 1907 et de Bruxelles 1908.

A Lyon, M. Gouilloud pratiquait déjà l'hystérectomie (1903) mais seulement quand l'utérus et ses annexes étaient adhérents ou atteints d'une autre affection (fibrome, kyste de l'ovaire).

Dès les communications de M. Tixier il se rangea à son avis ainsi que M. Lagoutte et dans la statistique de Chalié — Perrin (1913) nous aperçûmes plusieurs de leurs observations où l'hystérectomie préalable avait été faite.

M. Albertin pratiqua lui aussi l'hystérectomie, mais dans un but différent. Alors que M. Tixier la fait avant toute intervention sur le néoplasme pour donner du jour et faciliter l'opération, M. Albertin l'envisage autrement.

L'utérus, les annexes, le rectum cancéreux sont enlevés en bloc.

Dans un premier temps périnéal, il pratique la dissection du sphincter, isolement et libération du rectum jusqu'à et y compris les releveurs.

Puis par la laparotomie, section des pédicules ovariens et ligament rond, isolement de la vessie et des uretères comme pour le Wertheim.

Libération et isolement du bloc central composé du

rectum, de l'utérus et de ses annexes. Découlement du méso-sigmoïde avec ses vaisseaux.

Le bloc libéré est attiré en bas par l'orifice périméal béant. On péritonise en suturant autour de l'intestin le péritoine sus-vésical, le méso et les feuillets externes du ligament large. Fermeture de l'abdomen.

Par le périnée, l'intestin est sectionné au-dessus de la tumeur, fixé aux releveurs, le bout est suturé au pourtour de l'anus.

Drainage par le vagin et contre ouverture en dedans des tubérosités ischiatiques.

L'opération ainsi comprise est évidemment la plus complète et la plus large, mais faite en un temps le shock opératoire est énorme et la mortalité est de 40 %.

Dans la thèse Chalier (Lyon 1909), nous lisons :

« Les avantages de la méthode de M. Tixier ne sont pas contestables. Elle étend les limites de l'opérabilité des cancers de la partie terminale du tube digestif, elle permet grâce au jour donné sur le petit bassin de conserver la fonction sphinctérienne, grâce à l'entérorraphie circulaire bout à bout. Elle permet une bonne péritonisation et un bon drainage par le vagin. Faite en deux temps, l'intervention a toutes les chances de réussir. »

Dans les dernières réunions, à la Société de Chirurgie de Paris, bulletins n^{os} 26, 27, 28, 29 d'octobre et novembre 1920; de nombreux chirurgiens vantent l'hystérectomie totale préalable dans les interventions sur le rectum cancéreux. Ils adoptent en partie ou en totalité la méthode que M. Tixier a décrite.

M. Schwartz donne lecture de sa méthode. Il pratique l'amputation abdomino-périnéale, anus iliaque définitif avec hystérectomie et extirpation de la paroi vaginale postérieure, le tout en un temps.

Et au cours de la discussion nous lisons :

M. QUENU. — Je suis depuis longtemps partisan de l'hystérectomie totale préalable que je réalise au ras des bords utérins.

M. A. Bamumgartner donne deux observations d'amputation du rectum par voie abdomino-périnéale avec l'hystérectomie totale, anus iliaque définitif, en deux temps, guérison.

Je suis partisan, dit-il, de l'opération en deux temps à moins de cancer jeune et de femme résistante; autrement les malades ont beaucoup souffert; sont amaigries, elles ne peuvent supporter une intervention longue, shockante, il faut donc mettre pendant quelque temps leur rectum au repos, l'état général se relèvera rapidement et rendra l'intervention moins dangereuse.

L'hystérectomie abdominale totale, avec ou sans résection de la paroi vaginale postérieure suivant qu'elle est adhérente ou non est indispensable. L'opération s'en trouve grandement facilitée. Grâce à elle et étant donné que le bassin de la femme est plus large que celui de l'homme, l'opération devient plus facile et qu'en cas d'adhérences antérieures la limite de l'opérabilité est très reculée.

M. CUNÉO. — Au procédé de M. Schwartz, je préfère de beaucoup la colpotomie subtotale avec ablation de l'utérus, parce que cette intervention donne un jour considérable qui facilite l'ablation du rectum.

M. Pierre Mocquot. — Il me semble que l'hystérectomie a l'avantage de faciliter les manœuvres de dissection et de permettre une péritonisation meilleure.

M. Pierre DUVAL. — Depuis que Quenu nous a appris que pour faire une bonne péritonisation au premier ou au troisième temps de l'extirpation abdomino-périnéale du rectum, il fallait enlever l'appareil génital, je pratique son ablation sans exception, enlevant l'utérus soit séparément, soit en un seul bloc si le vagin supérieur adhère à ce dernier.

Plus que tout commentaire ces dépositions de l'élite des chirurgiens montrent combien l'hystérectomie totale est nécessaire et rationnelle dans l'amputation et les résections du rectum cancéreux chez la femme.

CHAPITRE III

Conditions de l'opération

Les cancers du haut rectum ou du bas colon pelvien correspondant chez la femme à la face postérieure de l'isthme utérin, peuvent être, au point de vue anatomo-pathologique, divisés en deux groupes :

a) Forme molle, colloïde, rapidement exubérante, distendant le pelvis, sans signes de généralisation, mais ayant envahi le sphincter ou l'avoisinant.

Elle relève du type le plus ordinaire du cancer rectal.

En présence de cette tumeur volumineuse, si on veut pratiquer une opération radicale, il ne faut pas hésiter à pratiquer une amputation abdomino-périnéale sacrifiant le sphincter anal;

b) Forme sténosante, limitée, annuaire, rappelant le cancer en virole de l'S iliaque.

Il faut conserver le sphincter, à cet effet, on fait une simple résection de la région malade, et grâce à l'hystérectomie totale on pratique une entérorrhaphie circulaire bout à bout, qui est le procédé idéal.

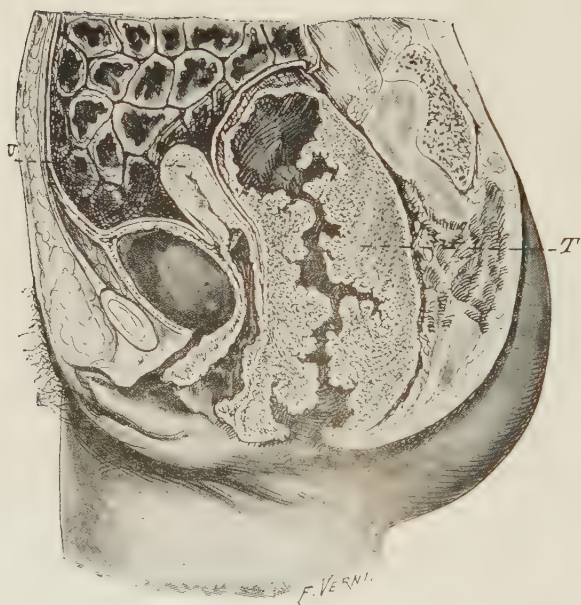


FIGURE I. — Tumeur Volumineuse
U. Uterus — T. Tumeur

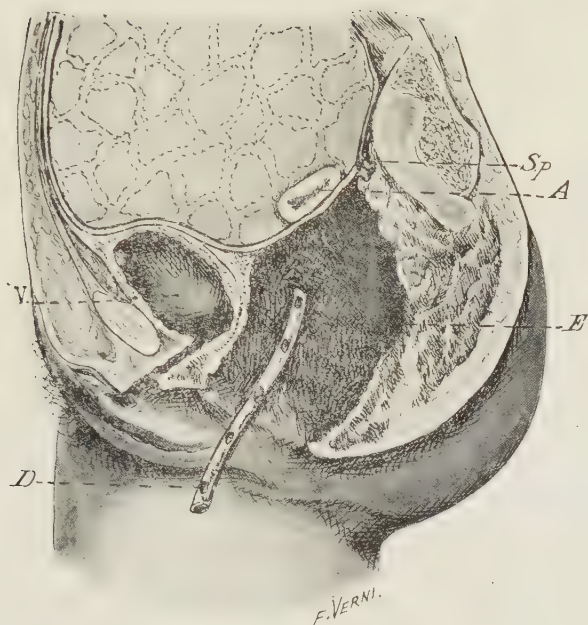


FIGURE II. — Hystérectomie abdominale totale et amputation abdomino-périnéale— Résection de la cloison recto-vaginale. — V. Vessie, D. Drain, SP. suture péritonéale, A. Anus iliaque gauche définitif, E. Cavité opératoire.

Avantages donnés par l'hystérectomie dans l'amputation abdomino-périnéale - Techni- que de la méthode.

Nous avons vu au chapitre précédent quelle confiance tous les grands chirurgiens accordaient à l'hystérectomie totale, confiance qui est due aux grands avantages suivants :

Facilité opératoire. — Nous savons avec quelles précautions, il faut s'entourer pour pratiquer les manœuvres de décollement et d'extraction du cancer.

La résistance de celui-ci aux tractions est souvent faible. Son tissu qu'il soit squinrrheux ou encéphaloïde se déchire facilement surtout s'il est fixé par des adhérences aux parties voisines.

L'ablation de l'utérus et de ses annexes permet de libérer le néoplasme de ses adhérences avec ces organes, grâce au jour donné, de contrôler par la vue, et de permettre facilement le décollement et l'isolement du rectum avec tous les ganglions néoplasiques, rendant d'immenses services chez les femmes obèses et à court méso, permettant l'ablation de masses néoplasiques de 20 à 25 centimètres de long (Obs. II, XII, voire même 34 centimètres, Obs. VII).

L'Hémostase sera facilitée par une bonne ligature de l'artère hémorroïdale supérieure, l'artère nourricière du rectum, qui est si souvent chargée de gan-

glions infectés et qu'il faut enlever soigneusement.

Péritonisation. — Grâce au lambeau péritonéal prélevé sur la partie antérieure de l'utérus et taillé aussi grand que possible, on pratique une péritonisation excellente du détroit supérieur, car la large collerette péritonéale peut être amenée facilement à la paroi postérieure du bassin.

La grande cavité péritonéale sera ainsi bien close et isolée de toute la région déchiquetée et cruentée, source d'infection directement transmissible à elle sans cette précaution.

L'intestin grêle reposera sur ce plancher qui l'empêchera de descendre dans le pelvis, de produire des adhérences qui ont si souvent tendance à s'ulcérer et à se fistuliser.

Drainage. — Le vagin laissé largement ouvert par l'hystérectomie et souvent fendu de haut en bas sur sa paroi postérieure permettra un drainage excellent sous-péritonéal; et permettra la fermeture complète de la grande cavité péritonéale.

Deuxième temps opératoire. — Celui-ci se fera sans la moindre difficulté, sans la moindre chance d'infection péritonéale. Le champ opératoire étant séparé de la grande cavité par le plafond péritonéal.

Résultats éloignés. — En enlevant l'utérus et ses annexes on enlève une chance de récurrence, car comme le dit M. Aubertin : il est fréquent de voir des tumeurs malignes des ovaires se développer au cours de l'évolution et même après l'ablation de cancers de l'estomac, des voies biliaires, de l'intestin et particulièrement de l'anse sigmoïde et du rectum par suite de voisinage.

Réalisation et technique de la méthode. — Pour les

cancers volumineux, M. Tixier pratique l'amputation abdomino-périnéale en deux temps avec ablation du sphincter et anus colique gauche terminal définitif.

Pour faire l'opération le plus largement possible, pour éviter toute récurrence, il ne faut pas hésiter à sacrifier toute la portion terminale du tube digestif y compris le sphincter et à faire un anus iliaque définitif.

Il est rare qu'une malade se présente au chirurgien dès les premiers symptômes, ce n'est qu'au bout de six mois, un an, et même plus, qu'amaigrie, anémiée, par l'obstruction chronique et des hémorragies elle vient demander une intervention.

On a avantage dans ces conditions à pratiquer l'intervention en deux temps.

Entre les deux temps, on laisse un espace de 15 à 20 jours, ce qui permet à la malade grâce à son anus contre nature, de se nourrir, de reprendre des forces, d'améliorer son état général et de subir l'amputation périnéale dans des conditions excellentes.

D'autre part s'il existe des adhérences avec le sacrum, on sait qu'après un anus iliaque ces adhérences inflammatoires se libèrent d'avec les organes voisins et permettent ainsi d'extirper dans un deuxième temps des cancers auparavant inopérables.

Premier temps. — Laparotomie médiane en position inclinée.

Exploration de la tumeur.

Hystérectomie totale et conservation d'un lambeau péritonéal antérieur.

Section du colon en tissu sain. Le bout supérieur est passé dans une boutonnière iliaque gauche et sera

l'anus définitif. Le bout rectal est suturé et cautérisé au thermo et refoulé dans le pelvis après un décollement étendu du méso-colon et du méso-rectum.

Péritonisation haute avec le lambeau péritonéal antérieur et les ligaments larges.

Fermeture du ventre.

Drainage par le vagin.

Deuxième temps. — 15 à 20 jours après.

Ablation périnéale, avec résection de la cloison vaginale postérieure, si nécessité il y a, de tout le segment rectal inférieur y compris le sphincter.

Tamponnement de l'excavation.

Il ne faut pas hésiter à réséquer le coccyx et même l'extrémité inférieure du sacrum pour pratiquer une extirpation large de tout le tissu cellulaire farci de ganglions qui est contenu dans le méso-rectum (Obs. VI, VII).

Le léger inconvénient de cette résection osseuse est la possibilité d'une ostéite infectieuse secondaire qui est la cause de douleurs persistantes et parfois d'une fistule osseuse longue à se cicatriser.

Avantages donnés par l'hystérectomie dans l'entérectomie Technique de la méthode

Dans les cas de cancers petits, annulaires, sténosants, n'ayant pas tendance à l'envahissement, le chirurgien a le devoir de conserver le sphincter anal, d'opérer une simple résection de la tumeur et de rendre la continuité au tube digestif.

A cet effet, les procédés inventés par les chirurgiens sont au nombre de trois :

L'invagination à la Hochenegg consiste à abaisser le colon et après l'avoir invaginé dans le rectum de le suturer à la peau.

Sans parler des complications qu'entraînent l'abaissement du colon (court méso, mésentérique inférieure) et les gangrènes qui surviennent dans celui-ci par suite d'une ligature mal pratiquée de la mésentérique inférieure; l'invagination est souvent très difficile par suite de la dilatation du bout supérieur et de l'atrophie du bout inférieur.

L'opération étant menée à bien il n'est pas rare de voir des rétrécissements se produire au point de jonction recto-colique et devenir la source de beaucoup d'ennuis (Obs. VIII).

Le bouton de Lardennois est une invention heureuse.

La pièce femelle étant maintenue dans le rectum au moyen d'une pince, est articulée avec la pièce mâle placée dans le colon descendant. Etant donnée la profondeur à laquelle on opère la pose en est encore assez difficile et les fistules stercorales consécutives sont fréquentes (Obs. VIII).

Ce procédé avait son indication quand le jour n'était pas suffisant pour pratiquer la suture bout à bout. Mais l'hystérectomie faite, il perd une de ses meilleures indications.

Entérorrhaphie circulaire bout à bout. — C'est le procédé le plus ancien, mais le moins employé, car sa réalisation est difficile.

Le rectum étant fixé en arrière au sacrum il faut opérer dans un couloir rendu encore plus étroit par la saillie du promontoire en arrière et de l'utérus en avant.

Même quand on arrive à surmonter ces difficultés et à la pratiquer; on ne trouve pas assez de péritoine en arrière pour recouvrir la suture et sans cette barrière l'infection peut se propager au grand ventre.

L'hystérectomie totale tout en faisant tomber le premier inconvénient a paré à l'autre; elle a permis ainsi de pratiquer la suture bout à bout des deux portions de l'intestin, de pouvoir grâce au grand lambeau péritonéal antérieur qu'elle donne, établir une parfaite péritonisation qui isole complètement sous un couvercle séreux les sutures et le foyer opératoire, du grand ventre.

Même si des fistules stercorales se produisent, la péritonisation bien faite du petit bassin et le drainage

par le vagin évitent toute complication (Obs. VIII, X, XII).

M. Albertin a eu l'occasion de revoir à l'autopsie une entérorrhaphie circulaire bout à bout pratiquée quatre ans auparavant, à peine s'il a pu découvrir la trace de la suture sous forme d'une petite ligne blanchâtre.

Donc à part les cas où il y aura une trop grande disproportion entre les diamètres des bouts supérieur et inférieur de l'intestin, la suture bout à bout est la méthode de choix et pourra être pratiquée couramment grâce à l'hystérectomie totale.

Réalisation et Technique de la méthode

Voie abdominale seule avec conservation du sphincter.

L'opération est pratiquée soit en deux temps, soit si possible en un temps.

1° Opération en deux temps. Mauvais état général :

Premier temps. — Laparotomie et exploration de la tumeur.

Hystérectomie totale avec lambeau péritonéal antérieur aussi grand que possible.

Anus de dérivation momentané colique, haut situé, et exceptionnellement cæcal si on craint d'être

géné pour abaisser le colon quand on pratiquera l'entérorrhaphie.

Drainage par le vagin et fermeture du ventre.

Deuxième temps. — 15 à 20 jours après.

Laparotomie.

Entérectomie en tissu sain.

Entérorrhaphie circulaire bout à bout en trois plans et à points séparés.

Péritonisation. Fermeture totale du ventre.

Drainage par le vagin.

Si plus tard, l'anús de dérivation ne se referme pas, on en pratique la cure radicale.

2° Chez les malades résistantes et chaque fois que cela sera possible l'opération se fera en un temps.

Quand il y aura des phénomènes de sub-occlusion, il est indiqué d'établir dans le premier temps seulement un anus de dérivation et de pratiquer l'hystérectomie dans la même séance que l'entérectomie et l'entérorrhaphie.

Où pratiquer l'anús de dérivation? Bien qu'ayant eu recours deux fois à l'anús cæcal (Obs. VIII et XI) et qu'il n'y ait eu aucun ennui, il faut plutôt conseiller l'anús iliaque colique gauche, qui seul donne réellement une dérivation complète (M. Tixier).



FIGURE III. — Tumeur limitée
V. Vessie, U. Utérus

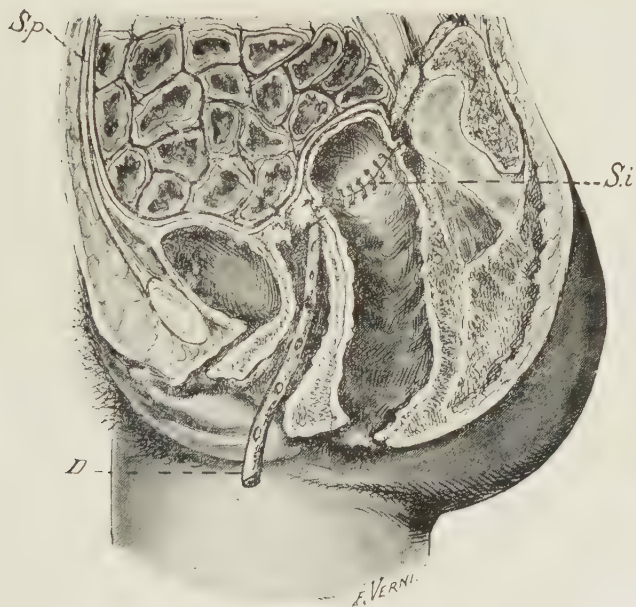


FIGURE IV. — Hystérectomie abdominale totale
et entérectomie suivie d'enterorrhaphie circulaire
D. Drain, *Si.* Suture intestinale, *Sp.* Suture péritonéale.

Résumé Thérapeutique

Laissons de côté les cas d'occlusion intestinale aiguë où on se contente dans un premier temps de faire un simple anus contre nature d'urgence.

Quand on se trouve en présence d'une femme ayant un cancer du haut rectum ou du bas colon pelvien, le plan de M. Tixier est le suivant :

Premier temps. — Laparotomie, exploration de la tumeur, hystérectomie totale.

Deux cas peuvent se présenter :

a) Cancer volumineux, très étendu;

b) Cancer petit du type annulaire.

a) *Cancer volumineux.* — On décide l'amputation abdomino-périnéale, dont on exécute le premier temps.

b) *Cancer petit.* — L'entérectomie avec entérorrhaphie circulaire bout à bout est possible.

1° Si la résistance de la femme est suffisante on pratique l'opération en un temps et on établit un anus colique de dérivation momentané;

2° Si au contraire la femme ne paraît pas devoir supporter une aussi longue intervention, on se contente d'établir un anus colique de dérivation.

Deuxième temps. — 15 à 20 jours après la première intervention.

a) *Cancer volumineux.* — On exécute le temps péri-

néal. (Tous ces temps ont été précédemment décrits, nous n'y revenons pas.)

b) *Le cancer est petit.* — Par une nouvelle laparotomie on pratique l'entérectomie et l'entérorrhaphie.

OBSERVATIONS

Nos observations peuvent être groupées de la façon suivante :

Le premier groupe est réservé aux amputations abdomino-périnéales avec hystérectomie totale préalable et *sacrifice du sphincter*.

- a) Opération en deux temps (Obs. I, II, III, IV;
- b) Opération en un temps (Obs. V).

Le deuxième groupe contenant les opérations avec hystérectomie totale préalable mais avec *conservation du sphincter*.

Amputation :

- a) En un temps, VI.
- b) En deux temps, VII.

Entérectomie avec entérorrhaphie circulaire bout à bout :

- a) En deux temps, VIII, IX, X, XI.
- b) En un temps, XII, XIII.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER.)

Cancer du haut rectum. — Amputation abdomino-périnéale en deux temps. — Hystérectomie abdominale totale préalable. — Guérison.

Marie Rab..., religieuse, 33 ans.

Entre à la Charité le 10 juillet 1905, pour cancer du haut rectum.

On le percevait par le toucher rectal du bout du doigt, il paraissait très volumineux et donnait lieu à des phénomènes d'obstruction chronique.

La malade fut opérée par M. Tixier qui suppléait alors M. Pollosson à la Charité.

13 juillet 1905. — *Premier temps.* — Laparotomie médiane. Délimitation de la tumeur et destruction des adhérences au pelvis.

Pour donner du jour et de propos délibéré M. Tixier enlève l'utérus sain et ses annexes. Celles-ci du reste malades et présentant de petits kystes.

Section du colon pelvien. Etablissement d'un anus contre nature sur le bout supérieur. Décollement du méso-colon aussi bas que possible. Fermeture du bout colo-rectal qui est enfoui soigneusement sous le plafond péritonéal constitué par la suture du feuillet péritonéal antérieur au péritoine postérieur.

Drainage par le vagin. Fermeture du ventre.

1^{er} août 1905. — *Deuxième temps.* — Incision périnéale, permettant de fermer hermétiquement l'anus et de transformer le rectum en vase clos.

Section de la cloison recto-vaginale jusqu'au Dou-

glas, déjà ouvert par l'hystérectomie totale antérieure.

On fait l'ablation du rectum et du colon sus-jacent sans avoir à se servir d'une incision abdominale.

Pièce enlevée : 16 centimètres de long, 6 centimètres de large.

Examen histologique par le Professeur Paviot. Epithélioma.

Suites opératoires. — Très simples. Guérison rapide.

Suites éloignées. — *Janvier 1906.* — M. Tixier revoit la malade, elle n'avait aucune trace de récurrence; elle allait parfaitement bien et avait notablement engraisé.

Janvier 1907. — M. Tixier reçoit une lettre de cette religieuse qui fait à nouveau sa classe dans un état de santé florissant.

Son anus contre nature fonctionne très régulièrement matin et soir, elle se déclare très heureuse.

Janvier 1908. — L'état de la malade est toujours très satisfaisant.

Septembre 1920. — Nous avons écrit à cette religieuse qui déclare se trouver dans un état de santé excellent.

Elle se lève dès 5 heures du matin, ne se couchant le soir qu'à 9 heures, employant sa journée à la surveillance de fillettes et au nettoyage de la maison.

Elle a souffert dit-elle, les premières années qui ont suivi l'opération. Maintenant tout va bien, elle a très bon appétit et dort très bien la nuit.

Personne à part quelques intimes amies ne se doute de son infirmité. Survie 15 ans et 4 mois.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER.)

Enorme cancer sus-ampullaire du rectum. — Ablation en deux temps. — 1° Anus contre nature définitif. Hystérectomie; 2° Ablation totale périnéo-abdominale. — Guérison.

Mlle D..., 35 ans. Avait été vue au commencement de décembre 1906 par M. A. Pollosson pour des phénomènes d'obstruction chronique. M. Pollosson montra la malade à M. Tixier et lui confia le soin de l'opérer.

La tumeur perceptible à bout de doigt, remplissait le pelvis et paraissait à beaucoup inopérable.

M. Tixier voulut cependant tenter son ablation.

Le 8 décembre 1906. — Premier temps. — Large laparotomie. Reconnaissance de la tumeur qui refoule en avant vessie et utérus, et qui remonte jusqu'au dessus de l'articulation sacro-iliaque gauche. Elle était encore toute entière intra-intestinale.

Hystérectomie totale avec ablation des annexes.

Etablissement d'un anus iliaque définitif dans la fosse iliaque gauche.

Après décollement étendu du bout rectal, l'extrémité de ce dernier est cautérisée et fermée en bourse.

Fermeture du ventre. Drainage par le vagin.

Suites opératoires. — Simples pendant les huit premiers jours. Enorme débâcle fécale par l'anus artificiel. Malgré les lavages rectaux, écoulement de sang et de mucosités purulentes par l'anus normal.

Le 20 décembre 1906. — Apparition d'un abcès à

la partie inférieure de l'incision abdominale. Bientôt écoulement abondant de pus à odeur fétide. On admit que le bout supérieur du rectum exclu s'était ouvert et vidait par son extrémité supérieure des produits néoplasiques très septiques. La température atteignait 39° tous les soirs. Malgré ces mauvaises conditions l'intervention est décidée.

Le 9 janvier 1907. — Deuxième temps. — On circonscrit par une incision la région anale et l'anus est oblitéré par un fil en bourse. Séparant de sa partie saine la cloison vaginale postérieure du rectum, on décolle très haut le rectum du sacrum et de la vessie, puis par l'incision de l'ancienne laparotomie rapidement ouverte, on sépare le bout supérieur des anses voisines et de la paroi abdominale antérieure, puis une main dans le ventre, l'autre dans le périnée, on accouche pour ainsi dire par le cloaque inférieur béant, le cancer recto-colique. Le tout fut mené très vite. La malade ne resta pas 45 minutes endormie.

Un gros tampon ferma cette brèche considérable.

Pièce enlevée : 24 centimètres de long, 23 centimètres de circonférence.

Un examen histologique par le Professeur Paviot, épithélioma métatypique.

Suites opératoires. — Furent simples, pas de vomissements, pouls 125, urines claires et abondantes retirées à la sonde.

Le 21 janvier 1907. — Une des anses intestinales s'abaissait dans le pelvis, elle s'ulcère spontanément, et une fistule intestinale s'établit. Elle se déversa par

la brèche périnéo-vaginale, sans déterminer d'accidents graves.

La malade sort de l'hôpital allant mieux.

Suites éloignées. — *Le 2 juin 1907.* — La malade meurt de péritonite cancéreuse.

Survie 6 mois.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER.

Inédite.)

Cancer du rectum étendu à la cloison recto-vaginale.

— *Amputation abdomino-périnéale en deux temps.*

— *Hystérectomie totale.* — *Mort.*

Mme G..., Alexandrine, 53 ans.

La maladie débute il y a un an par des douleurs au moment d'aller à la selle. Faux besoins. Hémorragies rectales peu abondantes mais continues. Constipation opiniâtre suivie de débâcles diarrhéiques avec écoulements glaireux.

Appétit conservé, néanmoins amaigrissement de 12 kilos.

Au toucher rectal, grosse tumeur de la face interne du rectum adhérente à la cloison recto-vaginale.

Le 4 juin 1914. — Intervention.

Premier temps. — Laparotomie médiane.

Hystérectomie totale. La section de la tranche vaginale est portée au contact de la tumeur; pour s'opposer à l'inoculation du pelvis, on ferme le vagin.

Section du colon descendant avec fermeture en

bourse du bout inférieur de l'intestin. Dédoublement du méso.

Hémostase soignée.

Enfouissement sous le grand lambeau péritonéal antérieur du bout inférieur.

Péritonisation du pelvis.

Etablissement de l'anus contre nature définitif.

Fermeture de la laparotomie médiane.

Drainage par le vagin. Drain en croix dans le rectum.

Suites opératoires. — Simples, sauf du côté de la fosse ischio-rectale, fusée purulente venant bomber à la fesse. Drain, de la fesse à la cloison recto-vaginale. La malade accuse la spécificité.

Traitement intense, aucune amélioration. Il faut agir.

Deuxième temps. — *Le 28 juillet.* — Ablation en bloc de tout le tissu cellulaire ischio-rectal.

Section du releveur, de la cloison recto-vaginale,

Hémostase. Tamponnement. La masse tombe dans la main. Le tout a duré 35 minutes.

Le 29 juillet 1914. — La malade est restée dans un état de shock. Pouls faible, filant, a 124 pulsations.

Mort à 6 heures.

Opposition à l'autopsie.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER.)

Inédite.

Gros cancer du bas rectum avec envahissement de la cloison recto-vaginale. — Amputation en deux temps. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

Mme O..., d'Annonay, 43 ans, vient consulter M. Tixier en juin 1914.

Symptômes évidents de cancer du rectum. Au toucher, énorme masse néoplasique occupant l'ampoule et ayant envahi la cloison recto-vaginale. Impossible de la dépasser, même au toucher rectal profond. La région sphinctérienne est envahie. C'est un cancer encéphaloïde à marche très rapide.

La malade est vigoureuse malgré un envahissement considérable. On résolut l'ablation de la tumeur par la méthode en deux temps.

Le 15 juin 1914. — Premier temps. — Grande laparotomie médiane sus-pubienne.

Hystérectomie abdominale totale avec conservation d'un lambeau péritonéal antérieur.

Section du colon descendant. Le bout supérieur est fixé en anus contre nature dans la fosse iliaque gauche.

On amorce le décollement et l'hémostase du bout inférieur et après l'avoir soigneusement fermé et enfoui sous le grand lambeau péritonéal qui isole tout le pelvis, on fait un simple drainage vaginal.

Fermeture totale du ventre.

Deuxième temps. — *Le 15 juillet 1914.* — L'anüs contre nature fonctionnant très bien la malade étant dans d'excellentes conditions, on pratique l'amputation du rectum cancéreux.

Incision de Lisfranc en sectionnant la cloison vaginale postérieure.

On peut enlever tout le rectum et le bas colon pelvien en agissant constamment sous le péritoine formant plafond au dessus du pelvis. Très aisément, la portion réséquée tombe dans la main du chirurgien.

Hémostase facile. Gros tamponnement de l'énorme brèche.

Suites immédiates. — Simples. Aucune complication. La malade quitte la clinique fin août 1914.

Suites éloignées. — Grâce à un appareil approprié et bien toléré la malade ne souffre plus, engraisse et a repris sa vie normale.

10 janvier 1920. — La malade a toutes les apparences d'une bonne santé. Elle se déclare guérie et chose curieuse elle ne demande même pas qu'on lui rétablisse son anus normal.

L'exploration de la région opérée ne décèle aucune récédive.

Le tissu de cicatrice a considérablement rétréci la brèche créée par l'ablation du bout terminal de l'intestin de la région sphinctérienne et de la cloison recto-vaginale.

Il existe une cystocèle considérable par chute de la paroi vaginale antérieure, mais la malade ne s'en plaint pas.

Octobre 1920. — Etat de santé excellent.

Survie, 6 ans et 4 mois.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M. le Professeur DUBOIS.
Insulte.

Vegetation des végétations. Amputation abdomino-peri-
rectale en un temps. — Hystérectomie abdominale
totale. — Mort.

Mme B. H. — 45 ans.

Entrée le 28 décembre 1912. Début il y a deux
mois. Matières oxides, entrecoups de sang pur, puis
les selles sont douloureuses. Constipation quatuor-
ze jours. La femme présente une tumeur abdominale.
L'abdomen est dur, tendu, indurité.

Au toucher rectal, on trouve un rétrécissement an-
ulaire, dure limite inférieure près de l'anus, la limite
supérieure est dépassée par le doigt.

Le 7 janvier 1913. — Intervention.

1° Hystérectomie abdominale. 2° Amputation perito-
neale, peritone du Douglas souple.

3° Hystérectomie abdominale totale. Uterus sain.

4° Section de l'anneau ligamentaire inférieur, la base
supérieure de l'anneau ligamentaire inférieur, par un couteau
à main.

5° Résection du bout inférieur de l'anneau rectal
dans le méso-rectum des ganglions. Le bout infé-
rieur est refoulé dans le bas.

6° Peritonisation haute et fermeture de la paroi.

7° En position gynécologique, par la voie périméale,
on constate la présence d'un kyste pur de 11
centimètres de diamètre, au milieu duquel se trouve
un gros tamponnement.

Somma opératoire. — État général bon. Cependant poids à 120.

Le 11 janvier 1913. — Résection. Foies. Pouches. Intest. caecale. Quelques nausées. Il urge d'opérer l'anus. Très difficile. Le bout intestinal est anormalement rétracté. L'ovaire à l'eau chaude se contracte, quelques gaz, pas de matières.

Le 12 janvier. — État général de plus en plus mauvais. Interruption des tractions intestinales. Tout ce bout du sac du périto. Exploration de Caecum. Impossible de rien ramener, il doit y avoir une couture.

Le 14 janvier 1913. — Mort.

Autopsie. — Distension des anses intestinales du xéle et du gros intestin. Absolument aucune péritonite supérieure.

Sous la brèche formée par le bout terminal du cœlon, attaché à la paroi et au m. à paroi TS marqué en boucle, formant une hernie interne. L'anse à ce niveau est étranglée et par suite des tractions exercées à ce niveau par les contractions intestinales, un peu de liquide purulent a filtré sous le méso-colon et a déterminé une péritonite partielle.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER.)
Inédite.

Cancer annulaire du rectum. — Amputation abdomino-périnéale. — Opération en un temps. — Hystérectomie totale. — Conservation du sphincter. — Abaissement du colon. — Guérison.

Mme veuve M..., Saint-Chamond, 51 ans.

Entre à l'hôpital le 26 juillet 1913 pour phénomènes dysentériques.

En juillet dernier, pertes sanguines abondantes pendant trois mois, puis ménopause. Peu de temps après, apparition d'une diarrhée qui dure deux à trois mois. Jamais de période de constipation.

Depuis janvier, sang dans les selles la quantité va toujours en augmentant. Faux besoins fréquents dans la journée. La malade n'accuse aucune douleur ni dans les cuisses, ni dans les reins. Pertes de forces et de 16 kilos.

Au toucher rectal, à 3 centimètres de l'anus, on arrive à une masse dure en anneau délimitant un orifice irrégulier, anfractueux qui admet à peine le passage d'un doigt.

Le 2 août 1913. — Laparotomie médiane.

Hystérectomie abdominale totale avec lambeau péritonéal antérieur.

Péritonisation très haute, enfouissant les deux bouts sectionnés dans le pelvis.

Anus latéral gauche sur colon très haut.

Dilatation de l'anus, on annonce le décollement in-

tra-sphinctérien du rectum. Ce dernier est trop gros, il lui est impossible de passer.

Résection du coccyx. Abaissement et ablation du rectum cancéreux et d'énormes ganglions du mésorectum.

Fixation du bout inférieur au niveau de l'anus avec suture autour du sphincter dilaté. Quelques pinces à demeure sur le releveur.

Suites opératoires. — Ont été simples. Le sphincter anal ne fonctionne pas.

Le 2 novembre 1913. — Le sphincter ne fonctionne toujours pas. L'état général est excellent. La malade part guérie.

Suites éloignées. — Nous savons que cette malade est décédée en juillet 1915, mais il nous a été impossible de retrouver l'adresse de sa famille.

Survie 2 ans.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER.)

Inédite.

Cancer recto-sigmoïde. — Amputation abdomino-périnéale, avec conservation du sphincter, en deux temps. — Premier temps : anus colique, Pollosson de dérivation totale. — Deuxième temps : Hystérectomie abdominale totale, amputation abdomino-périnéale, 34 centimètres. — Mort.

Mme Eugénie O..., 62 ans, entrée le 26 janvier 1920.

Début il y a six ans par des selles dysentériques.

Constipation, puis débâcles diarrhéiques. Deux ans après, première crise douloureuse, mucosités sanguinolentes. Depuis un an, envies constantes d'aller à la selle, petites boules ovillées puis sang et glaires.

4 février 1919. — *Premier temps.* — Anus de dérivation Pollosson.

La tumeur est située dans le fond du Douglas, mais dans l'abdomen, elle semble à la limite du revêtement péritonéal.

Sur l'anse sigmoïde, on trouve sur le péritoine une petite tache de généralisation.

Depuis l'anus contre nature, amélioration de la malade. Fonctionnement de celui-ci parfait. Par l'anus normal, écoulement de sang et de lavure de chair. La tumeur grossit rapidement, au toucher bourgeonnement de plus en plus volumineux qui vient au contact du doigt quand on fait pousser la malade. La malade souffre, il est bien évident que rapidement vont apparaître des phénomènes de généralisation et d'envahissement abdominal qui rendrait l'intervention inutile.

18 mars 1919. — *Temps abdominal.*

Laparotomie médiane, on reconnaît qu'il reste une longueur encore considérable d'S iliaque saine, on pourra donc abaisser le bout supérieur. Arrivé à la face postérieure de l'utérus, on rompt les adhérences de pelvi-péritonite qui se sont établies dans le Douglas au contact de la tumeur.

Hystérectomie totale avec lambeau péritonéal antérieur.

Section de l'S iliaque au dessus du promontoire, on ferme les deux bouts de l'intestin, et on libère le

plus bas possible en descendant vers le rectum, le méso-rectum dont on fait l'hémostase soignée. La tumeur est ainsi progressivement libérée de haut en bas et on péritonise minutieusement le foyer opératoire très haut au dessus de l'S iliaque qui va être attirée par la voie périnéale, dans un nouvel abouchement anal.

Fermeture totale du ventre.

Temps périnéal. En position de la taille. Incision de Lisfranc-Verneuil avec résection du coccyx, section des releveurs. Hémostase de la partie inférieure du méso-rectum non sectionné. La tumeur et le bout inférieur de l'intestin brusquement tombent dans la main. Rapidement, on saisit le bout inférieur de l'S iliaque et on le fixe dans l'entonnoir périnéo-vaginal. A ce moment, on aperçoit dans la concavité sacrée une anse grêle prolabée derrière l'S iliaque, on la refoule, on laisse une compresse de gaze à son contact dans la concavité sacrée.

La pièce enlevée représente 34 centimètres de rectum et d'S iliaque.

Tumeur épithéliale en chou-fleur avec une greffe muqueuse à 3 centimètres au dessus de la tumeur. Au point de vue macroscopique et opératoire, l'ablation est très satisfaisante.

Suites opératoires. — On fait du sérum et de l'huile camphrée, la malade urine spontanément et abondamment. Ventre souple.

20 mars. — Ventre sensible, région cæcale. Pours rapide, vomissements bilieux. Phénomènes d'occlusion. Glace sur le ventre. Sérum, huile camphrée. Un lavage de l'anus artificiel n'amène rien.

21 mars. — Etat général alarmant, les symptômes d'occlusion s'exagèrent progressivement. Vomissements bilieux. Pouls rapide. L'état général est si mauvais qu'on ne peut penser à pratiquer une entérostomie.

Mort le 22 mars.

Réflexion. — La descente de l'anse grêle aperçue au cours de l'opération par suite d'une péritonisation insuffisante a produit des adhérences occlusives.

On aurait pu réparer de suite cette faute si le ventre avait été laissé ouvert, ce qui est prudent et on aurait pu refaire le plancher péritonéal.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER.)

Cancer sténosant du haut rectum. — Opération en deux temps. — Anus contre nature. — Entérectomie suivie d'une invagination à la Hochenegg. — Rétrécissement consécutif. — Hystérectomie abdominale. — Anastomose colo-rectale avec le bouton de Lardennois. — Fistule colo-vaginale. — Colpoctesis. — Guérison.

Le 27 décembre 1905, M. Tixier est appelé auprès d'une jeune fille de 30 ans, Mlle Marie A..., habitant le département de Saône-et-Loire.

Depuis treize jours, cette malade présentait des phénomènes aigus d'occlusion intestinale. Vomissements. Absence de selles. Météorisme considérable. La situation était très grave. Pouls rapide, facies tiré. Le hoquet indiquait un collapsus imminent.

Cependant il s'agissait d'une jeune fille d'allure plantureuse et vigoureuse. La température était alors de 38°2 et comme il était impossible de faire un diagnostic causal, pour ne pas laisser passer une appendicite toujours possible, on fit une incision iliaque droite. L'appendice était gros, tuméfié : on l'enleva mais malgré la présence d'un épanchement séro-hématique abondant, on se rendit compte que les symptômes d'occlusion prédominaient et rapidement on établit un anus cæcal.

Une débâcle formidable s'établit et après quelques jours d'un état inquiétant, la malade se rétablit et reprit rapidement ses forces.

Malgré des lavements répétés injectés dans le rectum, jamais les matières fécales ne reprirent leur cours normal, et bientôt on acquit la certitude qu'un obstacle siégeait sur le gros intestin.

L'examen le plus minutieux du rectum ne révéla cependant jamais aucune tumeur.

Deux mois pprès, on se décidait à une nouvelle intervention.

Le 17 février 1906. — Laparotomie médiane. Colon descendant très distendu. Rétrécissement au niveau du haut rectum. Au niveau de l'isthme utérin, tumeur dure, fibreuse, sténosante

Section du coion en tissu sain. Le méso-colon et le méso-rectum sont détachés et liés.

Section de la tumeur. Il reste 8 à 10 centimètres de rectum sain.

Ne voulant pas infliger un anus contre nature à une jeune fille de 30 ans, il est pratiqué une invagination à la Hochenegg, devant l'impossibilité de réunir bout à bout les deux portions trop inégales de l'intestin et devant la gêne causée par l'utérus.

Drainage abdominal, heureuse précaution, car la malade eut une petite fistulette cæcale qui guérit spontanément.

« Combien j'ai eu regret de n'avoir pu drainer par le vagin, chose facile avec une hystérectomie, mais il s'agissait d'une jeune fille. »

Au bout de quelques semaines, l'anus cæcal est fermé et tout fonctionne bien.

Suites immédiates. — Très simples, la malade repartit chez elle enchantée, elle put se livrer à son sport favori la bicyclette et elle passa ses vacances admirablement.

Suites éloignées. — Novembre 1906. — La malade présente des phénomènes de constipation progressive. Au toucher, rétrécissement au niveau de la ponction recto-colique. Dilatation avec grosses bougies d'Hégar.

Un jour, le rétrécissement saigne. Phénomènes infectieux avec fièvre. Apparition d'une tuméfaction profonde au niveau de l'échancrure sacro-sciatique. Fistule spontanée stercorale.

La malade va à la selle par cette fistule et les fonctions rectales sont abolies.

Le 4 mai 1907. — Nouvelle laparotomie.

Hystérectomie totale avec lambeau péritonéal antérieur.

Il existe un rétrécissement au niveau de l'ancienne entérectomie, mais aucune trace de récédive.

On procède à l'anastomose recto-colique au bouton de Lardennois.

Péritonisation du détroit supérieur.

Drainage par le vagin.

Le quatrième jour après l'opération, des matières passent par le vagin; il existe une fistule colo-vaginale.

Au huitième jour, le bouton est en partie libre, on l'enlève.

Il y a alors une fistule colo-vaginale et une colorectale, pas de réaction péritonéale.

Bientôt toutes les matières passent par le vagin, la plaie de la fesse se guérit.

25 juin 1907. — Tentative de colpocleisis qui échoue. La malade repart chez elle.

6 décembre 1907. — Un nouveau colpocleisis réus-

sit grâce à un nouvel anus iliaque de dérivation fait en novembre suivi de lavages du bout inférieur coloproctal.

5 mars 1908. — Fermeture de l'anus iliaque par entérorrhaphie latérale. Les matières reprennent leur cours normal. La malade sort guérie quelques temps après.

La malade continue à bien se porter, sa santé est toujours florissante; malgré les nombreuses interventions.

Cependant au commencement d'août 1909, apparition d'un phlegmon stercoral à la fesse.

28 août 1909. — Depuis plusieurs jours, anurie complète.

Mort par urémie.

Survie 3 ans et 8 mois.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER.)

Inédite.

Cancer annulaire du haut rectum. — Opération en deux temps. — 1° Anus colique gauche; 2° Hystérectomie abdominale totale ayant permis l'entérectomie et l'entérorrhaphie circulaire bout à bout. — Mort.

Mme L... Jeanne, 64 ans.

La maladie actuelle a commencé par des troubles dyspeptiques, puis depuis un an, selles rubanées, étiées ou en crottes de chèvre. Amaigrissement, sang dans les selles.

Toucher rectal. — Cancer annulaire situé à l'union du colon et du haut rectum.

Le 13 février 1914. — Intervention.

Incision para-rectale gauche. Eviscération du colon dilaté.

Anus contre nature colique gauche en se réservant une grande longueur d'intestin pour la suture bout à bout.

Le 4 mars 1914. — Laparotomie médiane. En avant légères adhérences inflammatoires avec les annexes droites et la face postérieure de l'utérus.

Hystérectomie totale avec lambeau péritonéal antérieur.

Libération du péritoine et du méso-rectum.

Section de l'intestin au dessus et au dessous de la tumeur.

Entérorrhaphie circulaire. Péritonisation haute au dessus de la suture intestinale.

Drainage vaginal et fermeture totale du ventre.

Le 9 mars 1914. — Aucun symptôme de péritonite. L'anus contre nature fonctionne bien. Seul le cœur cède petit à petit malgré les toniques cardiaques.

Mort de la malade, probablement par myocardite sénile.

Opposition à l'autopsie.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER.)

Inédite.

Cancer du haut rectum. — *Opération en deux temps.*

— 1° *Anus colique gauche de Pollosson*; 2° *Hystérectomie totale ayant permis l'entérectomie avec entérorrhaphie circulaire, bout à bout.* — *Guérison.*

La malade a conservé son anus iliaque gauche.

Mme C..., de Civrieux d'A est amenée en mai 1914 à la clinique de M. Tixier, 58 ans.

Symptômes d'obstruction progressive du gros intestin depuis un an environ. Amaigrissement considérable. Selles glaireuses et sanguinolentes avec ténésme. Douleurs sacrées progressives.

Au toucher, l'index perçoit à 6 centimètres environ au dessus du sphincter un gros cancer solidement fixé en arrière contre le sacrum. Le bout de la phalange s'engage dans une filière qu'il est impossible de délimiter en haut. M. Tixier se propose d'essayer la méthode en deux temps avec conservation du sphincter.

Le 13 mai 1914. — Premier temps. — Laparotomie para-rectale gauche, aucun signe de généralisation péritonéale, mais gros cancer occupant le haut rectum et le bas colon pelvien. Une longue portion de l'S sigmoïde est heureusement libre.

Le plus haut possible, sur le colon descendant, on établit un anus contre nature Pollosson.

Le 30 juin 1914. — Deuxième temps. — Laparotomie médiane sus-pubienne.

Hystérectomie totale avec lambeau péritonéal antérieur.

Entérectomie du bas colon pelvien et du haut rectum avec conservation de la région sphinctérienne.

Entérorrhaphie circulaire bout à bout.

Drainage vaginal sous péritonéal qui recouvre la section intestinale.

Fermeture totale du ventre.

Suites opératoires. — Très simples, sauf une petite fistulette vaginale n'ayant causé aucun ennui.

Suites éloignées. — A la déclaration de guerre, la malade peut quitter la clinique en excellent état. Très rapidement elle reprend ses occupations qui sont pénibles car elle dirige une grande exploitation agricole, tous les hommes sont partis sauf son mari âgé de 62 ans.

Pendant quatre ans de guerre, malgré son anus artificiel non refermé, M. Tixier étant mobilisé, elle n'a aucun ennui.

En 1918. — La malade revue par M. Tixier est dans un état de santé excellent. Le sphincter anal est conservé. La fistuelle vaginale existe toujours. Aucun signe de récurrence. La malade est bien habituée à son anus artificiel, tous les matins, elle consacre une heure à la vidange de son intestin. Elle hésite puis refuse de se faire opérer.

En 1919. — Etat général parfait, la malade vient souvent à Lyon pour ses affaires.

Juillet 1920. — Six ans après, la malade vit de la vie de tout le monde.

Décembre 1920. — La malade continue à mener une vie très active, n'a aucun signe de récurrence.

Survie 6 ans et 11 mois.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER.)

Inédite.

Cancer ampullaire du rectum. — Opération en deux temps. — Conservation du sphincter. — Premier temps : anus contre nature colique gauche de dérivation. — Deuxième temps : hystérectomie totale. — Entérectomie avec entérorrhaphie circulaire. — Guérison.

Mme F... Marie, 51 ans, entre en janvier 1919 pour polype du rectum. La malade fait remonter son affection à environ un an. Début par des gargouillements, puis de faux besoins extrêmement fréquents suivis seulement de l'expulsion d'un peu de glaires sanguinolentes. Elle n'accuse pas d'alternatives de diarrhée et de constipation. Matières ramollies, diarrhéiques un peu amincies avec un peu de sang.

Symptômes de rétrécissement progressif du gros intestin.

A l'entrée, visage coloré, embompoint, la malade mange bien et digère bien. La malade était soignée pour entérite.

Au toucher rectal, on constate un néoplasme du rectum que l'on arrive à dépasser en faisant pousser la malade.

C'est un cancer sus-ampullaire que l'on croit enlever en conservant le sphincter. Comme le cancer est sténosant on décide de pratiquer un anus de dérivation colique.

1 février 1919. — Anus contre nature avec ouverture primitive du colon.

Le colon est court, graisseux avec un méso permettant difficilement l'ascension du colon. Le deuxième temps sera difficile.

Les suites opératoires ont été simples, la malade n'a eu aucune réaction et sa dérivation s'est bien établie, mais elle fut atteinte pendant trois semaines de grippe avec température et congestion pulmonaire. On dû attendre pour pratiquer le deuxième temps. Entre temps, à l'examen, on constate qu'il n'y a pas plus qu'une épaisseur de pouce de la muqueuse saine au dessus du sphincter. C'est donc un cas absolument limité.

12 mars 1919. — Laparotomie sous-ombilicale médiane. L'utérus est très petit (utérus infantile). On a bien soin en pratiquant l'hystérectomie de conserver autant de péritoine possible.

Hémostase de la tranche vaginale. On conserve le péritoine du Douglas.

Au toucher, on repère le néoplasme, il descend au milieu de la face postérieure du vagin. De chaque côté, on libère le péritoine du méso-colon et du mésentérectum, on arrive ainsi à mobiliser d'une façon satisfaisante le néoplasme. Hémostase du méso-colon et du méso-rectum.

Section au dessus du néoplasme, entre deux ligatures du rectum, on décolle du péritoine le bout inférieur jusqu'au moment où au doigt on sent le bout inférieur sain. A ce moment, section de l'intestin au dessous du néoplasme. On s'aperçoit qu'en avant, la section a porté dans le néoplasme; mais heureuse-

ment on voit très bien le point néoplasique, ainsi, on peut très aisément en taillant largement faire une recoupe suffisante en tissu sain.

Entérorrhaphie. — D'abord points perforants, points séparés à la soie, puis par des points séparés de péritonisation au catgut. Cette péritonisation se fait d'abord sur les côtés du méso, et sur la ligne médiane avec la réfection du Douglas sur la face postérieure de l'utérus.

Enfin comme à la face postérieure il reste une surface, on glisse un drain par le vagin qui va se loger sous le péritoine.

Avec le lambeau péritonéal antérieur que l'on rabat par dessus l'entérorrhaphie et que l'on fixe d'une part au péritoine du Douglas, de l'autre à l'S iliaque.

17 mai 1919. — Bon état de la malade, la continuité de l'intestin est très bien rétablie, on pratique la cure radicale de l'anus iliaque par entérorrhaphie latérale.

Suites opératoires. — Très simples, suture parfaite, le sphincter fonctionne régulièrement.

9 juin 1919. — La malade quitte l'hôpital complètement guérie.

Suites éloignées. — 8 décembre 1919. — M. Tixier revoit la malade, elle se porte très bien, tout va à merveille. Elle a repris ses occupations et a notablement engraisé.

Décembre 1920. — Etat de santé excellent, aucun signe de récurrence.

Survie. 1 an et 9 mois.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER.)

Cancer sténosant du haut rectum. — Opération en un temps. — Hystérectomie abdominale totale ayant permis l'entérectomie et l'entérorrhaphie circulaire bout à bout. — Rétablissement des fonctions intestinales normales. — Guérison.

Mme Noémie T..., 58 ans, entrée le 5 juin 1907 pour troubles intestinaux progressifs. Depuis un an la malade souffre d'une constipation opiniâtre entrecoupée de débâcles diarrhéiques. Glaires et sang dans les selles, douleurs lancinantes dans la fosse iliaque gauche. Cependant aucune tuméfaction à ce niveau, le toucher rectal poussé aussi loin que possible ne révèle aucune tumeur. Au toucher vaginal les organes pelviens paraissent sains.

L'histoire clinique de la malade, l'amaigrissement considérable qu'elle accusait permettaient d'affirmer l'existence d'un cancer du gros intestin. A cause de la douleur à gauche, de la dilatation du cæcum, on pourrait présumer qu'il siégeait à gauche sur le gros intestin ou sur le rectum.

Malgré l'âge de la malade, malgré la présence d'albumine dans les urines, l'intervention radicale est décidée.

Le 15 juin 1907. — Grande laparotomie médiane en position inclinée. L'S iliaque est très dilaté. On trouve une tumeur dure, sténosante, siégeant à l'union du colon et du rectum.

Hystérectomie abdominale totale avec ablation des ovaires dont le gauche est adhérent. Lambeau péritonéal antérieur.

Section du colon en tissu sain.

Décollement progressif du méso-colon et du mésorectum on arrive au bas de la tumeur.

Section du rectum en tissu sain. Il reste du rectum une position saine de la longueur de l'index.

Après la libération du colon descendant, on arrive à mettre bout à bout le colon et le rectum anal, au fond du pelvis. Grâce au jour énorme donné par l'hystérectomie, on arrive à pratiquer une entérorraphie circulaire à la soie et à points séparés.

Péritonisation à la soie avec le lambeau péritonéal antérieur au dessus de la ligne de suture.

L'entérorraphie se trouve ainsi enfoncée sous un revêtement péritonéal continu.

Le pelvis est tout naturellement drainé par le vagin béant et dans lequel, on laisse une simple mèche de gaze.

Fermeture totale du ventre, et établissement d'un anus cæcal de sûreté.

Suites opératoires. — Furent remarquablement simples, jamais on eut la crainte d'une réaction péritonéale malgré l'apparition momentanée d'une fistulette stercorale vaginale, laquelle grâce au procédé opératoire n'a jamais produit aucune réaction péritonéale, le lambeau antérieur l'ayant toujours isolé du ventre.

Peu à peu, les fonctions intestinales se sont rétablies normalement par l'anus, et l'anus artificiel s'est spontanément rétracté.

Actuellement, il laisse de temps à autre passer quelques liquides intestinaux.

Au toucher rectal, on sent à bout de doigt un anneau souple, recouvert d'une muqueuse normale représentant le siège de la suture intestinale bout à bout.

La pièce mesure après rétraction, 21 centimètres de long. La largeur d'une pièce de 5 francs.

Suites éloignées. — Cette malade est rentrée chez elle complètement guérie, ne présentant aucun trouble. Elle mène une vie très active, fait son ménage et effectue de grands voyages. Elle arrive à peser 80 kilos. Elle se maintient dans un état général excellent pendant quatre ans et demi. Mais une récédive tardive se produit et après quatre mois de maladie elle finit par succomber cachectique. (D^r Pretrement.)

Survie 5 ans.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER.)

Inédite.

Cancer de l'ampoule rectale. — Opération en un temps. — Hystérectomie abdominale totale ayant permis l'entérectomie avec entérorrhaphie circulaire bout à bout. — Guérison. — Anus colique secondaire par occlusion post opératoire.

Mme J... Jeanne, 54 ans, entrée le 4 novembre 1912.

Rien aux antécédents héréditaires et personnels.

L'affection actuelle débute il y a cinq mois, par de fréquentes envies d'aller à la selle. Diarrhées passa-

gères. Sang et glaires dans les matières qui sont parfois dures et noirâtres. La malade ne souffre pas pour aller à la selle. Amaigrissement, perte des forces. Au mois d'octobre, difficultés et douleurs pendant la miction.

À l'entrée, malade amaigrie, teint jaune, appétit conservé, pas de fièvre, urines normales, ventre un peu ballonné avec submatité dans les flancs.

Toucher rectal. — Cinq centimètres au dessus du sphincter, masse très bien limitée, s'insérant sur la paroi droite de l'ampoule rectale avec un prolongement à la partie antérieure. Paroi postérieure et gauche indemne, muqueuse souple et mobile.

Toucher vaginal. — Vagin et culs de sac souples et normaux. Le sphincter étant sain, on décide l'entérorrhaphie.

Le 8 novembre. — Laparotomie médiane.

Hystérectomie totale avec lambeau péritonéal antérieur.

Entérectomie. On dissocie le méso-colon et le méso-rectum.

Section entre deux ligatures du colon descendant, à l'union du rectum, on s'efforce de conserver une colerette péritonéale péri-rectale et par section descendante du méso-rectum, on arrive à dégager la portion cancéreuse, que le doigt d'un aide introduit dans le rectum délimité par en bas.

Section du rectum en tissu sain dont il reste quatre centimètres.

Hémostase soignée.

Suture bout à bout avec enfouissement séro-séreux avec le péritoine pelvien et rectal. Mèche dans le

vagin. Existence d'un espace rétro-rectal mal drainé.

Suites opératoires. — *Le 9 novembre.* — Météorisme abdominal considérable. Tympanisme. Pouls a 70. On attend en posant la médication d'anús contre nature.

Le 10 novembre. — La température monte, pas de vomissements, pouls rapide. Météorisme persistant. Le lendemain, malade angoissée, l'intervention est décidée.

Le 11 novembre. — Anus au colon descendant, ce dernier distendu sans exagération. Un peu de liquide sous-séreux. L'intestin et le péritoine paraissent peu enflammés. A l'ouverture de l'intestin écoulement assez abondant de matières. Par le vagin, écoulement de sang putride. La dilatation anale produit le même écoulement.

Le 6 janvier 1913. — La malade quitte l'hôpital à peu près remise.

Chez elle, elle a continué à souffrir et son ventre restait toujours ballonné. Ses selles étaient cependant normales, ni diarrhée, ni sang. Elle faisait son ménage avec beaucoup de peine.

Elle n'a été voir aucun médecin, néanmoins comme elle est morte cachectique, le 20 mars 1916, on peut supposer une récédive.

Survie : 3 ans et 3 mois.

CHAPITRE IV

Résultats

Nous apportons dans notre travail les résultats de treize observations de cancer du rectum, traités par M. Tixier avec sa méthode. Si ces treize cas ne permettent pas des conclusions bien fermes quand on les rapproche de statistiques plus importantes faites par d'autres auteurs, les résultats obtenus sont néanmoins assez intéressants pour qu'ils méritent d'être publiés.

I. — MORTALITÉ OPÉRATOIRE.

Nous considérons comme mortes opératoires toutes celles qui surviennent après l'opération tant que la cicatrisation n'est pas terminée.

Nous avons quatre mortes opératoires, soit une mortalité de 30,75 % à peu près semblable à la mortalité donnée par Chalié-Perrin (*Lyon Chirurgical*, 1913) sur 80 cas de cancers du rectum chez la femme opérés par la voie abdomino-périnéale.

Causes. — La première, observation III, due à l'*infection*. Une collection purulente s'était formée dans la fosse ischio-rectale après le premier temps de l'opération, puis elle était venue bomber à la fesse. La malade en outre accusait la syphilis.

Malgré un bon drainage et un traitement énergique, il fallut pratiquer le deuxième temps opératoire dans de très mauvaises conditions. La malade mourut de shock. (Pas d'autopsie).

Nous devons deux de nos mortes à l'*occlusion intestinale*.

Observation V. — Hernie interne de l'S iliaque qui était passée au dessus de l'anus colique gauche. Par suite des contractions intestinales, un peu de liquide purulent avait filtré dans le méso-rectum déterminant une péritonite partielle (autopsie).

Observation VII. — Une anse intestinale grêle était passée au travers du plancher péritonéal, il s'était produit des adhérences et de l'occlusion.

Enfin la quatrième morte (observation IX) est une vieille femme de 64 ans qui s'est éteinte doucement sans température, sans troubles du côté du champ opératoire, de myocardite sénile (opposition à l'autopsie).

En résumé : 1 morte par infection; 2 mortes par occlusion intestinale.

La quatrième est purement accidentelle (myocardite sénile) et abaisserait la mortalité à 23 %.

Réflexions sur la mortalité opératoire par occlusion.

Deux de nos opérées sont mortes d'occlusion intestinale post-opératoires, mais cette occlusion s'est produite suivant deux modalités bien différentes.

La première est d'une pathogénie très exceptionnelle et impossible à prévoir (hernie interne de l'S iliaque, obs. V).

La seconde (descente d'anses intestinales grêles, à travers le plancher péritonéal, adhérences et occlusion, obs. VII), nous montre implicitement combien il est important d'établir un bon plancher péritonéal. L'étoffe est fournie en majeure partie par le grand lambeau péritonéal antérieur que donne l'hystérectomie totale, le chirurgien n'a plus qu'à pratiquer les sutures d'une façon minutieuse pour assurer à l'intestin grêle un plancher continu.

Dans le cas présent, la brèche et le prolapsus intestinal avaient été constatés pendant le temps péritonéal, malheureusement le ventre était refermé et on s'est contenté de repousser et de maintenir les anses grêles au moyen de compresses.

Il est donc utile de conseiller, dans le cas où on n'est pas sûr d'avoir fait une péritonisation parfaite : de ne pas refermer l'ouverture abdominale. Pendant le temps périnéal, le plancher péritonéal est mis à l'épreuve et si, comme pour notre cas, on aperçoit une brèche dans le péritoine et un prolapsus intestinal, il est facile de tout faire rentrer dans l'ordre par quelques points de suture pratiqués par la voie abdominale et d'éviter ainsi des accidents fatals.

II. — SUITES OPÉRATOIRES DANS LES CAS FAVORABLES.

Dans les cas les plus favorables, la guérison se produit sans incidents en trois ou quatre semaines,

observations I, IV, XI. Mais il faut signaler que chez la plupart des opérées, sont survenus des accidents locaux qui sans compromettre la guérison l'ont retardée.

Complications infectieuses. — Deux cas seulement.

Observation II. — Chez cette malade, le bout supérieur du rectum exclu s'était ouvert et vidait par son extrémité supérieure des produits néoplasiques très septiques, causant de l'infection et nécessitant d'urgence le deuxième temps opératoire qui s'est fait dans de mauvaises conditions. Le champ opératoire a été de ce fait inoculé et la malade mourut 6 mois après de péritonite cancéreuse.

Observation XIII. — Il y eut infection du champ opératoire, infection et occlusion intestinale. Tout rentra à peu près dans l'ordre après un anus artificiel. Aucune complication péritonéale.

Troubles urinaires. — Les troubles urinaires qui généralement sont donnés comme fréquents n'ont existé chez aucune des opérées.

Complications intestinales. — Il ne s'est produit ni sténose, ni éversion, ni prolapsus de l'anوس colique gauche ou cæcal.

Dans un cas seulement, observation VIII, il y eut un rétrécissement recto-colique dans une invagination à la Hochenegg.

Par contre, les fistules stercorales ont été fréquentes (obs. II); surtout dans les cas d'entérorrhaphie après résection. Elles se déversaient soit par le vagin (obs. VIII) réduite après deux colpocleisis, soit par la brèche périnéale (obs. X, XII) où elles ont guéri spontanément. Ce qui est intéressant à signaler, c'est

que jamais elles n'ont donné aucune réaction péritonéale grâce à la bonne péritonisation du petit bassin.

Même à l'observation VIII la fistule a été suivie d'une fusée purulente à la fesse nécessitant un nouvel anus contre nature, la guérison s'est produite mais a été de courte durée, un nouveau phlegmon stercoral s'est produit et entraîna la mort par anurie et urémie infectieuse.

III. — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.

Avant de tirer l'ensemble des conclusions qui s'imposent, admettons qu'une survie de plus de 3 ans constitue une guérison durable, mais non définitive car même après 3 ans, les récides ne sont pas exceptionnelles.

Or six opérées ont dépassé ce délai de 3 ans.

Observation VIII. — Survie 3 ans et 8 mois. Morte de phlegmon stercoral-urémie.

Observation XII. — Survie 5 ans. Morte de récide tardive.

Observation XIII. — Survie 3 ans et 3 mois. Morte de récide, cachexie.

Les trois autres sont actuellement vivantes, bien portantes, sans récide, ni métastase et peuvent compter comme résultats excellents, car on peut considérer leur guérison comme définitive.

Observation I. — Survie 15 ans 4 mois. Anus iliaque très bien toléré.

Observation IV. — Survie 6 ans 4 mois. Fonction sphinctérienne conservée.

Observation X. — Survie 6 ans 11 mois. Fonction sphinctérienne conservée.

La malade de l'observation XI qui survit depuis bientôt deux ans sans aucun trouble et avec un état de santé florissant viendra sans doute grossir ce groupe.

Néanmoins, nous avons donc 46,14 % de guérisons durables dans lesquelles entrent 23,07 % de guérisons définitives.

La statistique Chalié-Perrin atteint seulement un peu plus de la moitié avec 27,27 % de résultats durables.

Récidives. — Trois récidives se sont produites.

Observation II. — Chez la malade dont le cancer avait été jugé inopérable par beaucoup et dont, en outre le bout rectal exclu après le premier temps de l'opération, s'était ouvert et avait ensemencé le champ opératoire et le péritoine, une généralisation cancéreuse se produisit au péritoine et entraîna la mort six mois après l'opération.

Observation XIII. — Récidive chez une malade ayant eu de l'infection. Survie 3 ans 3 mois.

Observation XII. — Récidive tardive au bout de 4 ans et demi chez une malade que l'on aurait pu croire guérie devant le bon état général qu'elle a présenté si longtemps après l'opération.

Donc 23,07 % de récidence alors que Chalié-Perrin donne 27,27 %.

Métastases. — Aucune.

TABEAU RÉCAPITULATIF

Nos des Obs ^s	Age	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	INDICAT. OPÉRATOIRES	TRAITEMENT	DATE DE L'OPÉRATION	RÉSULT. OPÉRATOIRES	RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES	SURVIE
I	33	Phénomènes d'obstruction chronique.	Cancer volumineux haut rectum.	Amput. abd. péritonéale 2 temps. Anus colique g. définitif.	13 juillet 1905. 1 août 1905.	Guérison rapide.	Excellent. Etat général parfait aucune douleur. Vie normale anus iliaque bien toléré.	15 ans, 4 m.
II	35	idem	..Enorme cancer sus-impullaire incisé pour beaucoup.	-idem-	8 déc. 1906. 9 janv. 1907.	Infection après le premier temps. Fistule le stercorale se développant par le périnée après 2 ^{es} temps.	Morte le 2 juin 1907. Péritonite cancéreuse.	6 mois.
III	53	Début juin 1913. Hémorragies rectales. Constipation, débâcles diarrhéiques, glaires, amaigrissement.	Grosse tumeur étendue à la cloison recto-vaginale.	-idem-	4 juin 1914. 28 juillet 1914.	Fusée purulente ischio-rectale après 1 ^{er} temps. Spécificité morte le 29 juillet de strock après le 2 ^{es} temps.		1 jour.
IV	43	Symptômes évidents de cancer du rectum.	Enorme tumeur envahissant cloison recto-vaginale et sphincter.	-idem-	15 juin 1914. 15 juillet 1914.	Guérison suites très simples, aucune complication.	Excellent. Très bon état général. Aucune douleur. Vie normale anus iliaque bien toléré. Cystocèle.	6 ans, 4 mois.
V	41	Corstipat. Mât. ovillées entourées de sang pur. Selles douloureuses. Ballon du ventre. Amaigrissement.	Rétrécis. annulaire. Limite inférieure près de l'an.	Amput. abd. péritonéale 1 temps anus colique g. définitif.	7 janvier 1913.	Morte le 14 janvier 1913. Hernie interne de l'S iliaque Péritonite partielle du méso-colon.		7 jours.
VI	51	Début juin 1912. Hémion, rectales abondantes, diarrhée. Faux besoins. Amaigrissement.	Masse annulaire à 3 ^{es} du sphincter.	Amput. abd. péritonéale 1 temps, conservation du phimenter abaissement du colon	2 août 1913.	Guérison. Le sphincter ne fonctionne pas.	Morte en juillet 1915 de cause inconnue.	2 ans.
VII	62	Début en 1914. Déjà diarrhéiques. Sélles dysentériques, et de l'S iliaque tachées de mucus. Puis mucosités avec che de régénéralisation.	Enorme tumeur encephaloïde du rectum	Amput. abd. péritonéale 2 temps conservation du sphincter, abaissement du	4 février 1920.	Morte le 22 mars 1920, d'occlusion intestinale produite par la descente d'une an-		4 jours.

Amputation avec ablation du sphincter

t. avec abl. du sphincter

VIII	IX	X	XI	XII	XIII	Le 27 décembre 1905.			Morte le 23 août 13 ans, 8 mois.		
						phénomènes aigus d'obstruction intestinale. Vomissements. Facies météorisé. Pâleur tirée. Pouls rapide 38° absence de selle.			Guérison. Puis novembre 1906, rétrécissement colo-rectal. Dilatation. Fistule stercorale à la fesse. Laparotomie 7 mai 1907. Anastomose recto-colique au bouton de Lardennois. Fistule recto-vaginale. Colocleisis. Fermeture anus cecal. Guérison		
						Février 1913 début. Troubles dyspeptiques. Selles rubanées. Amalgamissement.			Morte le 9 mars 1914, de myocardite sévère sans symptômes péritonéaux ni d'infection.		
						Début mai 1913. Symptômes d'obstruction progressive du gros intestin. Amalgamissement.			Guérison. malgré petite fistulette vaginale.		
						Début es 1918. Faux besoins suivis d'expulsion de glaires sanguinolentes, symptômes de rétrécissement progressif du gros intestin.			Guérison. suites très simples, on a fermé l'anus de dé-évacuation.		
VIII	IX	X	XI	XII	XIII	Constipation opiniâtre. Débâcles diarrhéiques. Sang et glaires. Douleur fosse iliaque gauche Amalgamissement. Albumine.			Morte en juin 1912 5 ans.		
						Sang et glaires. Matières dures. Diarrhées passagères. Amaigrissement. Douleurs à la miction.			Morte le 20 mars 1916 de récidive la malade a continué à souffrir. Ventre ballonné, cependant ni les selles.		

IV — RÉSULTATS FONCTIONNELS.

Nous avons vu que les anus contre nature soit colique gauche soit cæcal n'ont donné lieu à aucun accident. Grâce aux appareils actuels ils sont bien tolérés et les malades ne s'en plaignent pas. Trois malades en possèdent (obs. I, obs. IV). La malade de l'observation X, dont l'anus iliaque de dérivation n'avait pu être refermé en 1914 (M. Tixier ayant été mobilisé), en a refusé la cure radicale en 1918, c'est dire combien il gêne peu la malade.

Dans un cas d'amputation intra-sphinctérienne (obs. VI), le sphincter n'a pas fonctionné.

Pour les entérectomies nous avons trois fistules stercorales, à part celle de l'observation VIII, toutes ont bien guéri et le sphincter a fonctionné admirablement.

En résumé les résultats sont les suivants :

Sur 13 opérées :

4 mortes opératoires, soit 30 %.

3 récidives, soit 23 %.

6 résultats durables, soit 46 % dans lesquels entrent

3 guérisons définitives, soit 23 %.

Les survies sont respectivement de :

Observation II. — Survie de 6 mois. Morte en 1907.

Observation XI. — Survie de 1 an 9 mois. Actuellement vivante et en bonne santé.

Observation VI. — Survie de 2 ans. Morte en 1915.

Observation XIII. — Survie de 3 ans 3 mois. Morte en 1916.

Observation VIII. — Survie de 3 ans 8 mois. Morte en 1909.

Observation XII. — Survie de 5 ans. Morte en 1912.

Observation IV. — Survie de 6 ans 4 mois. Actuellement vivante et en bonne santé.

Observation X. — Survie de 6 ans 11 mois. Actuellement vivante et en bonne santé.

Observation I. — Survie de 15 ans 4 mois. Actuellement vivante et en bonne santé.

CONCLUSIONS

I. — Depuis 1905, le Professeur Tixier a systématiquement utilisé dans le traitement opératoire des cancers du rectum, comme temps préliminaire à l'extirpation de la tumeur chez la femme, l'ablation par l'hystérectomie abdominale totale de l'utérus sain. C'est la caractéristique de la méthode dont il est l'auteur.

II. — Grâce à l'étude minutieuse de 13 observations déjà suffisamment anciennes, il est possible de se rendre compte que cette méthode originale a réalisé dans son application les heureux avantages qu'en espérait son auteur.

III. — Cette manœuvre met à l'abri de toute infection le grand péritoine. Malgré les difficultés de l'ablation de très gros cancers, aucune de ses malades n'a présenté de péritonite.

IV. — L'hystérectomie facilite et rend possible l'ablation des plus gros cancers de la portion terminale du gros intestin. Chez certaines de nos opérées le

cancer en raison de son volume avait été jugé inextirpable par des chirurgiens expérimentés. L'opération a pu être menée à bien grâce au jour considérable que donne sur le pelvis l'ablation de l'utérus suivi souvent de la section de la cloison recto-vaginale (obs. I, III, IV).

V. — Cette manœuvre permet de conserver dans les cas de cancers sus-jacents à la région anale, la fonction sphinctérienne (obs. VI, IX, X, XI, XIII) le sphincter ainsi conservé garde ses fonctions physiologiques normales (obs. VIII à XIII).

Donc grâce à l'hystérectomie abdominale totale l'entérectomie suivie d'entérorraphie circulaire peut être exécutée même sur le bas rectum avec sécurité.

Le grand lambeau péritonéal antérieur rabattu transversalement au-dessus du siège de la suture intestinale sépare celle-ci du grand ventre. Alors même que quelques points de suture arrivent à se rompre, l'écoulement des produits septiques s'établit sans danger par la voie vaginale largement béante (Obs. VIII, X, XII).

VI. — M. Tixier tend de plus en plus à pratiquer, lorsque l'état général de la malade le permet l'opération en un temps (Obs. VI, XII, XIII).

C'est dans le cas d'occlusion subaiguë causée par la sténose cancéreuse qu'il est absolument nécessaire dans un premier temps d'exécuter l'hystérectomie abdominale totale et l'établissement de l'anus de dérivation.

VII. — L'anus de dérivation doit de préférence

être établi sur le colon descendant. Il assure bien mieux la dérivation totale des matières que l'anuscæcal, dans les cas où on veut exécuter une entérectomie avec rétablissement de la continuité du tube digestif.

Le Président de la thèse :

TIXIER

VU : *Le Doyen,*

L'Assesseur,

JEAN LEPINE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Lyon, le 11 Décembre 1920,

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

Pour le Recteur et par délégation : Le Vice-Président du Conseil
de l'Université

ALBERT WADDINGTON.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — *Société de Chirurgie de Lyon*, 1907, p. 52.
- Ablation abdomino-périnéale d'un cancer du haut rectum. Guérison. (*Lyon Médical*, 1911, p. 1217.)
- BOECKEL (J.). — Résultats éloignés de l'extirpation de cancer du rectum et de l'S iliaque. XI^e Congrès de Chirurgie de Paris, 1897.
- CHALIER (A.). — Traitement chirurgical du cancer du rectum. Thèse de Lyon, 1909.
- CHALIER (A.) et PERRIN. — Résultats immédiats et éloignés de l'opération combinée dans le cancer du rectum. (*Lyon Chirurgical*, 1913.)
- CHARDON. — De l'extirpation transanale du rectum avec conservation du sphincter. Thèse de Lyon, 1906.
- DEJEUX. — De l'hystérectomie abdominale totale dans le cancer recto-sigmoïde chez la femme. Thèse de Lyon, 1908.
- DEPAGE. — Résultats éloignés de la résection du rectum pour cancer. Congrès français de Chirurgie, 1897.
- XVII^e Congrès de Chirurgie, 1904.

DUVAL. — *Société de Chirurgie de Paris*, 1920. Bull. n° 21.

GOUILLOUD. — De l'amputation abdomino-périnéale du rectum. Résultats éloignés. Congrès français de Chirurgie, 1907. (*Société de Chirurgie de Lyon*, 1907.)

MONDOR. — Amputation abdomino-périnéale du cancer du rectum. Thèse de Paris, 1914.

QUENU. — Résultats éloignés de l'extirpation du rectum cancéreux par la voie abdomino-périnéale chez la femme. (*Société de Chirurgie de Paris*, 1902, p. 815.)

— Discussion sur le procédé de M. Schwartz sur les cancers du rectum. (*Société de Chirurgie de Paris*, 1920, bull. n° 26, 27, 29.)

SCHWARTZ, CUNEO, OCKINCZIC. — Discussion du procédé Schwartz. (*Société de Chirurgie de Paris*, 1920. Bull. n° 26, 27, 29.)

TIXIER (L.). — Enorme cancer sus-ampullaire du rectum. Ablation en deux temps par la voie abdomino-périnéale avec hystérectomie totale. (*Société de Chirurgie de Lyon*, 10 janvier 1907; *Lyon Médical*, 24 mars 1907, p. 579.)

— Sur le cancer du haut rectum et du bas colon pelvien. Considérations thérapeutiques. (*Société de Chirurgie de Lyon*, 24 janvier 1907; *Lyon Médical*, 11 avril 1907.)

— Cancer sténosant du haut rectum. Hystérectomie abdominale totale permettant l'entérectomie et l'entérorrhaphie circulaire. Rétablissement des fonctions intestinales. Guérison. (*Société de Chi-*

rurgie de Lyon, 21 novembre 1907; *Lyon Médical*, 22 décembre 1907.)

- Entérectomie pour cancer du haut rectum. (*Société de Chirurgie de Lyon*, 2 avril 1908; *Lyon Médical*, 1908, p. 131.)
- De l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement du cancer du rectum et du colon pelvien. (Congrès de Chirurgie de Paris, 1907; Congrès de la *Société internationale de Chirurgie de Bruxelles*, 1908, 22 septembre, vol. I, p. 208-211.)

